

Parys 1970

FACULTE DE MEDECINE

NECKER
~~DE PARIS~~

ANNÉE 1970

THESE

N°

12

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marc, Lucien, Jacques RUDES

Né le 31 Mai 1944 à Mainsat (Creuse)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de Médecine Tropicale

de la Faculté de Médecine de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

IMPORTANCE DES CONNAISSANCES
DE MÉDECINE TROPICALE
DANS L'EXERCICE QUOTIDIEN
DU GÉNÉRALISTE EN FRANCE

Président : Monsieur L. BRUMPT (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI*

1970

NECKER

FACULTÉ DE MÉDECINE ~~DE~~ ~~PARIS~~

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Marc, Lucien, Jacques RUDES

Né le 31 Mai 1944 à Mainsat (Creuse)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

*Diplômé de Médecine Tropicale
de la Faculté de Médecine de Paris*

Présentée et soutenue publiquement le

IMPORTANCE DES CONNAISSANCES
DE MÉDECINE TROPICALE
DANS L'EXERCICE QUOTIDIEN
DU GÉNÉRALISTE EN FRANCE

Président : Monsieur L. BRUMPT (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI*

1970



En souvenir de ma mère et de ma soeur

A mon père

Qu'il trouve au seuil de ce
travail, une récompense à ses
sacrifices, un gage d'amour
filial et de profonde reconnais-
sance

A ma femme

Qui a su si bien me conseiller et
m'entourer du calme nécessaire
à l'élaboration de ce travail

Qu'elle trouve ici l'expression
de mon amour profond

A tous les miens

A mes amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur L. BRUMPT

Professeur de Médecine Tropicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont l'enseignement m'a été
si précieux et qui a bien
voulu me faire le grand
honneur de présider cette
thèse

Qu'il veuille bien accepter
ici l'expression de ma
profonde et respectueuse
reconnaissance

A Madame le Docteur N. NAVARRE

Amie de grande valeur qui
m'a guidé de ses précieux
conseils

Qu'elle veuille bien trouver
ici le témoignage de mon
affectueux attachement et
de mon amitié respectueuse

A tous mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur DUFOUR

Monsieur le Professeur COLDEFY

Monsieur le Professeur MATHE

Monsieur le Docteur BLANCHON

Monsieur le Professeur BOUVIER

Monsieur le Docteur MASPETIOL

Monsieur le Professeur CORNET

A tous mes Maîtres de la Faculté

IMPORTANCE DES CONNAISSANCES DE MEDECINE
TROPICALE DANS L'EXERCICE QUOTIDIEN DU
GENERALISTE EN FRANCE

- :-

I N T R O D U C T I O N

Créé depuis de nombreuses années, le diplôme de Médecine Tropicale qui semblait n'intéresser qu'une faible proportion de Médecins se destinant à partir exercer "Outre-Mer", voit à juste titre éclore une nouvelle génération de praticiens qui bien que restant en France ont compris l'importance de cet enseignement.

Pourquoi ce revirement ?

L'époque où les maladies tropicales ne s'observaient dans notre pays qu'avec parcimonie est révolue.

La folie des voyages s'est emparée de notre planète : les vacances en Afrique sont devenues aussi coutumières que les séjours à Deauville d'autrefois grâce aux transports modernes.

Ainsi la France, mise au simple rang de "banlieue africaine", voit-elle certains P.D.G. revenir de leur Safari annuel, trophées en bandoulière et parasites divers en prime ; certains reviennent d'un séjour exotique nantis de contrats ; d'autres enfin revenant d'une période militaire au titre de la Coopération. Mais faut-il chercher si loin ? Il suffit de circuler dans les rues ou de visiter les chantiers champignons de notre Métropole pour s'apercevoir de l'intense brassage de populations et de la grande proportion de travail-

leurs immigrés.

Aussi certains praticiens généralistes ont vite réalisé que les Maladies Tropicales étaient appelées à prendre une place croissante, suivant en cela les autres affections de notre civilisation.

D'autres, ne mesurant pas l'importance des connaissances de cette pathologie et des conséquences souvent désastreuses d'un retard ou d'une erreur de diagnostic dans ce domaine, verront peut-être une part de "snobisme" chez leurs confrères.

Or, en matière de pathologie tropicale, il n'existe pratiquement aucun problème diagnostique ni thérapeutique à condition "D'Y PENSER".

Un simple interrogatoire fournit la notion d'un séjour récent, ancien ou même très bref "Outre-Mer", et précise les régions parcourues permettant d'emblée d'éliminer certaines affections et d'en suspecter d'autres.

Dès lors, des examens précis et rapidement effectués par un laboratoire initié, amènent la solution de l'énigme et la thérapeutique appropriée entraîne la guérison rapide.

Au contraire, le généraliste non familiarisé avec ces problèmes va prescrire des examens complémentaires nombreux et coûteux, des essais thérapeutiques aussi longs qu'inefficaces qui ne feront qu'aggraver la maladie ou même aboutir à un véritable désastre car il y a parfois urgence.

La multiplicité des manifestations cliniques des maladies tropicales explique pourquoi tous les praticiens en France sont appelés un jour ou l'autre à se trouver devant un "CAS" des tropiques.

Il n'est besoin par exemple que de citer :

- les troubles digestifs d'une Ankylostomiase ou d'une Anguillulose,
- les manifestations allergiques et dermatologiques d'une Larva Currens,
- les troubles mictionnels vésicaux ou rénaux d'une Bilharziose urinaire,
- les troubles pleuro-pulmonaires parfois engendrés par une Ascaridiose,
- ou même la simple asthénie avec altération de l'état général provoquée par toute parasitose latente,

pour se rendre compte de la possibilité d'erreurs pouvant être commises par le praticien mal préparé à ces problèmes, d'autant plus qu'une éosinophilie normale accompagne bien souvent une parasitose réelle.

A l'inverse, nombres de patients viennent consulter périodiquement leur médecin pour qu'il les libère de parasites anciens ou même imaginaires. Il faut là encore savoir faire la part des parasitoses réelles et des parasitoses "soupapes" d'un terrain psychologique particulier.

Une étude plus approfondie de certains cas tropicaux observés dans la pratique médicale courante mettra-t-elle en évidence l'importance des connaissances de Médecine Tropicale ?

LE MEDECIN PRATICIEN DEVANT LES

TROUBLES DIGESTIFS

Le Médecin praticien devant les troubles digestifs.

Venant incontestablement au premier rang de la symptomatologie tropicale, les troubles digestifs, s'ils ne mettent pas en jeu le pronostic vital, sont cependant une source d'hésitation diagnostique et d'erreurs pour le praticien qui omet de rechercher par l'Interrogatoire un séjour même ancien de son malade en pays endémique.

Observation n° 1

Madame F..., âgée de 43 ans, d'origine française vient consulter en Août 1969 pour des troubles digestifs en apparence banaux à type de :

- ballonnements post prandiaux
- dyspepsie
- alternance de diarrhées et de constipations
- céphalées intermittentes.

Ces troubles sont apparus insidieusement il y a deux ans et la malade a déjà consulté plusieurs médecins.

Madame F... a d'ailleurs un dossier radiologique complet :

- un Transit Gastroduodéal pratiqué en février 1968 ne montre aucune lésion pariétale.
- La Cholecystographie pratiquée à la même époque est également normale.

- le Lavement Baryté de mars 1968 montre un dolichocolon sans lésions organiques.

Les examens biologiques à cette date montrent

- N.F.S.	GR	4.600.000	
	GB	7.600	
Polys Neutro		56	%
Eosinophiles		6	%
Basophiles		1	%
Lymphocytes		28	%
Monocytes		9	%

- V.S. 15 - 24.

A cette époque, les troubles de cette malade ont donc été attribués aux lésions coliques et de nombreux traitements consécutivement instaurés.

En Août 1969, l'examen clinique est rigoureusement normal :

en particulier ni hépatomégalie
ni splénomégalie
ni adénopathies

Tout au plus note-t-on un certain degré de météorisme abdominal.

L'Interrogatoire attentif de cette patiente découvre alors que Mme F... a fait un séjour aux Antilles en Juillet 1960.

Des questions plus approfondies permettent d'apprendre que durant ce séjour Mme F... s'est baignée non seulement en mer mais aussi en rivière et qu'elle a présenté un clocher fébrile de 48 H. avec quelques phénomènes allergiques. Tout était rentré rapidement dans l'ordre.

On demande alors deux examens bien précis :

Observation N° II

Monsieur C.. Ernest, âgé de 42 ans, français
consulte en juin 1969 pour des troubles diges-
tifs banaux faits de nausées matinales
météorisme abdominal
troubles du transit

L'examen clinique est totalement négatif.

L'Interrogatoire de ce malade retrouve un
voyage d'affaires effectué en septembre 1968
à la Martinique.

Avant d'entreprendre toute exploration radio-
logique, une N.F.S. est demandée, celle-ci mon-
tre :

	GR	4.550.000	
	GB	7.600	
Polys Neutro		50	%
Eosinophiles		15	%
Basophiles		0	%
Lymphocytes		30	%
Monocytes		5	%

L'éosinophilie importante chez ce malade et
la notion du séjour en zone tropicale aiguille
immédiatement le diagnostic sur une parasitose
que l'on recherche en demandant un examen pa-
rasitologique des selles :

celui-ci montre :

- Très nombreux oeufs de NECATOR AMERICANUS
- Nombreuses larves d'ANGUILLULE

Il s'agit donc d'une double parasitose : AN-
GUILLULOSE et ANKYLOSTOMIASIS.

Un traitement par le MINTEZOL en cure de 48h
guérit le malade comme en témoigne l'examen de

contrôle des selles pratiqué six semaines après ce traitement.

Quelques remarques s'imposent après ces deux observations.

- En effet, si dans la seconde observation il n'y a pratiquement aucun problème diagnostique en raison du voyage récent du malade

du chiffre élevé des éosinophiles il faut cependant souligner l'intérêt de pratiquer la N.F.S. systématiquement avant d'entreprendre des examens plus approfondis et savoir qu'une éosinophilie normale n'infirmes rien une parasitose.

- Dans la première observation, le diagnostic était difficile

Le voyage ancien est oublié

l'éosinophilie est normale en raison même de l'ancienneté de l'infestation.

Les examens radiologiques ont permis de trouver un substratum anatomique aux troubles digestifs.

C'est dire l'importance capitale de l'Interrogatoire devant des troubles digestifs et la nécessité de pratiquer l'examen parasitologique des selles même si l'éosinophile est normale.

Il est à noter enfin, que bien souvent ces malades revenant des pays tropicaux sont porteurs de plusieurs parasites non seulement associations d'helminthes mais encore associations helminthes-amibes, ce qui conduit à parler du difficile problème de l'Amibiase.

LE MEDECIN PRATICIEN ET L'AMIBIASE

AMIBIASE

La description classique de l'amibiase intestinale est bien connue de tous les médecins : syndrome dysentérique avec épreintes, ténésmes, selles mucosanglantes et répétées au cours de la journée.

Cependant cet aspect aigu typique s'il est fréquent en milieu tropical est exceptionnel dans notre pays rendant le diagnostic difficile si le praticien n'y PENSE pas.

Or, que ce soit le rapatriement des coloniaux venus d'Extrême Orient, d'Afrique du Nord ou d'Afrique Noire, le brassage incessant des populations, tout se conjugue pour multiplier l'essaimage des foyers d'infestation dans notre pays.

L'Amibiase "autochtone" représente maintenant un pourcentage élevé dans l'ensemble des amibiases diagnostiquées et traitées.

Il apparaît donc indiscutable pour les médecins métropolitains d'apprendre à PENSER à l'Amibiase et de savoir la dépister sous les masques multiples dont elle se pare sous nos climats de façon plus subtile que dans son foyer d'origine.

En excluant les localisations extra intestinales, comment l'Amibiase se présente-elle devant le médecin généraliste français ?

Schématiquement, plusieurs cas peuvent se

présenter et comme cela a été signalé, il est rare de voir un malade pour un syndrome dysentérique aigu typique.

Il s'agit le plus souvent de troubles digestifs atténués à type de douleurs vagues épigastriques plus évocatrices quand elles suivent le cadre colique ; de troubles du transit aussi, parmi lesquels la constipation vient au premier plan et peut rester longtemps le seul symptôme d'une amibiase latente ; plus rare, la diarrhée est faite souvent de selles pâteuses avec quelques glaires et exceptionnellement du sang.

L'alternance d'une constipation chronique avec des épisodes diarrhéiques déclenchés par des stress variés est souvent rencontrée.

Il n'est pas rare que le praticien ait à penser à l'Amibiase devant des troubles minimes, faits d'une simple sensation de ballonnement avec quelques troubles dyspeptiques ou seulement devant une altération de l'état général.

L'Amibiase en France se présente sous une multitude de masques trompeurs et il serait trop long d'énumérer toutes les affections digestives ou extra-digestives qui peuvent être évoquées.

Il est donc important de savoir PENSER à l'Amibiase, d'avoir le réflexe d'interroger le malade en recherchant d'éventuels séjours en zone d'endémie amibienne ou un simple contact avec un amibien connu.

Dans bon nombre de cas aussi la découverte de l'Amibiase n'est faite que fortuitement au cours de la recherche d'une helminthiase ou d'un examen de selles systématique.

L'examen de selles reste, en fait, le seul

critère du diagnostic de l'Amibiase, malheureusement à tous les niveaux, est encore à déplorer un grand nombre d'erreurs : erreurs de technique, d'interprétation de la part du praticien généraliste, d'interprétation microscopique. Ces erreurs conduisant souvent à des diagnostics par excès ou par défaut et à des traitements mal adaptés.

L'examen des selles pour rechercher l'Amibiase demande une technique rigoureuse et des biologistes habitués à tous les pièges de la lecture microscopique. Il doit porter sur deux selles, l'une émise spontanément par le malade à son domicile et l'autre émise au Laboratoire après purgation saline (30 g de sulfate de soude) et examinée immédiatement sur lame tiédie à 37°, précaution indispensable pour éviter de passer à côté d'éventuelles formes végétatives hématophages.

Quant aux formes kystiques, mises plus facilement en évidence, elles réclament dans leur interprétation microscopique des yeux entraînés sachant différencier toutes les espèces d'amibes : *Entamoeba histolytica* étant la seule amibe pathogène nécessitant un traitement.

Savoir pratiquer des techniques de concentrations, de colorations spéciales et répéter au besoin les "examens" est nécessaire.

Il est enfin utile de savoir rechercher les amibes après découverte d'oeufs d'helminthes car les associations sont fréquentes.

La responsabilité des erreurs n'incombe pas toujours au Laboratoire et le praticien généraliste a aussi sa part :

- soit qu'il ait déjà prescrit des traitements à visée symptomatique dans les semaines pré-

cédant l'examen des selles, les thérapeutiques ont pu avoir un effet amoebicide transitoire.

- soit qu'il omette de faire pratiquer l'examen des selles devant une éosinophilie normale : l'idée que l'Amibiase comme les autres parasitoses s'accompagne d'une hyperéosinophilie est encore malheureusement trop répandue dans les esprits des généralistes en France.
- soit qu'il se contente comme on le constate parfois, de résultats incomplets mentionnant la présence d'amibes sans en préciser l'espèce !

Sur le plan thérapeutique, sans toutefois rappeler ici le traitement des différentes formes d'Amibiase, il faut cependant signaler quelques erreurs commises par les généralistes non "tropicalistes".

- erreurs presque toujours par excès : car le seul mot d'amibe (pathogène ou non) suffit bien souvent au médecin pour que celui-ci prescrive un traitement amoebicide spécifique.

La principale difficulté rencontrée par le médecin vient du fait de la grande proportion des anciens amibiens qui réclament des traitements spécifiques.

Ces malades ne présentant pour la plupart que des troubles colitiques séquellaires avec selles négatives aux examens répétés, sont néanmoins attachés à leurs amibes, satisfaits et effrayés à la fois et attribuent tous leurs troubles à cette parasitose. L'Amibiase leur sert de substratum somatique pour leur angoisse. Chez de tels malades, le rôle du praticien est essentiel.

Le praticien doit chez ces patients, refuser le traitement anti amibien spécifique lorsque les examens parasitologiques répétés et faits dans de bonnes conditions restent négatifs.

Au contraire, mal informé, il se plie à l'exigence du malade, continuant ainsi le cercle vicieux de cette "toxicomanie" dangereuse : la toxicité des thérapeutiques anti amibiennes étant "non négligeable."

LE PRATICIEN DEVANT LES PHENOMENES ALLERGIQUES

ET CUTANES

Phénomènes allergiques et cutanés.

Dans ce domaine comme dans bien d'autres, le manque de notion de Médecine Tropicale entraîne des erreurs.

Observation n° I

Monsieur L... 37 ans, géomètre vient consulter en décembre 1969 pour un prurit intense, empêchant le malade de dormir, localisé sur la paroi abdominale au niveau de la ceinture.

Ce malade a consulté son médecin trois ans auparavant pour les mêmes phénomènes mais localisés alors au niveau de la face interne des cuisses.

Ces troubles ont à l'époque été étiquetés "crise urticarienne" et traités par des anti-histaminiques.

Depuis cette première crise, le malade présente de façon intermittente ces plaques pseudo urticariennes prurigineuses de localisations variables, tantôt au niveau du tronc, tantôt au niveau des bras et des jambes ; une fois même au niveau de la face.

La cause est à chaque crise attribuée à une intolérance alimentaire et des recherches d'allergènes effectuées se révèlent positives à la poussière. Une cure de désensibilisation est entreprise mais donne un résultat négligeable.

L'examen clinique en décembre 1969 est né-

gatif, on note une légère hépatomégalie qui peut être attribuée à une étiologie éthylique certaine.

L'Interrogatoire de ce malade révèle un séjour d'un an en 1959 au Cambodge pour raisons professionnelles. Le malade à l'époque avait circulé dans de nombreuses régions du Sud Est asiatique.

Devant ce tableau et les antécédents du malade, est entrepris un bilan parasitologique complet avec :

- N.F.S.
- Recherche de microfilaires sur étalement mince après centrifugation
- Recherche de microfilaires en goutte épaisse
- Examen parasitologique des urines
- Examen parasitologique des selles

- N.F.S.	GR 5.650.000
	GB9.800
Polys Neutro	45%
Eosinophiles	10%
Basophiles	0%
Lymphocytes	34%
Monocytes	11%

Résultat qui évoque une parasitose.

- Recherche des microfilaires : Négative
- Examen parasitologique des urines : Négatif
- Examen parasitologique des selles : montre la présence de nombreuses larves d'anguillules.

Le diagnostic de "LARVA CURRENS" est porté.

Vu la résistance des souches asiatiques, le traitement spécifique par le Mintezol est prescrit en une cure de 48 h au lieu de 24 h ; les troubles allergiques de ce malade disparaissent.

sent et la négativation des selles confirmée par l'examen fait en février 1970.

Observation n° II

Madame N... âgée de 26 ans vient consulter en novembre 1969 pour du prurit apparu très récemment. Le prurit s'accompagne d'oedèmes fugaces à localisations variables et de quelques douleurs articulaires transitoires.

L'Interrogatoire révèle que la malade a séjourné durant le mois de juillet 1968 au Gabon où elle accompagnait son mari hydrologue.

La notion d'un séjour au Gabon, en brousse, et la symptomatologie allergique chez la malade évoque d'emblée une étiologie filarienne.

La N.F.S. pratiquée renforce cette hypothèse :

	GR.....	4.250.000
	GB	16.100
Polys Neutro		50 %
Eosinophiles		26 %
Lymphocytes		16 %
Monocytes		8 %

Une recherche des microfilaires est effectuée un résultat positif précise l'espèce LOA LOA.

Systematiquement, bien que la découverte des microfilaires soit suffisante pour expliquer la symptomatologie de la malade, il est pratiqué un examen parasitologique des selles qui montre la présence d'oeufs d'ANKYLOSTOMES en grande quantité.

On conseille à cette malade de revenir avec son mari pour entreprendre les investigations nécessaires.

Monsieur N... se plie de bonne grâce au bilan parasitologique complet bien qu'il ne présente aucun trouble.

Cependant sa N.F.S. montre également une hyperéosinophilie à 12 % et une filariose LOA LOA est mise en évidence.

L'examen des selles est par contre négatif.

Chez les deux malades, un traitement par la Notézine est prescrit à raison de quatre comprimés par jour pendant dix jours en ayant soin de prescrire des doses progressives durant les cinq premiers jours du traitement afin de prévenir ou d'atténuer les accidents de type anaphylactique liés à la destruction des microfilaires.

Une deuxième cure de dix jours est entreprise un mois plus tard.

Une fois de plus, les diagnostics en matière de parasitologie sont simples à faire à condition d'Y PENSER.

Si de nombreux malades mettent eux mêmes leur médecin sur la voie en parlant de leur dernier voyage sous les tropiques, bon nombre oublie aussi le séjour effectué il y a dix ans ou le service militaire en Asie ou en Afrique du Nord.

Si le praticien omet l'Interrogatoire, la mauvaise voie est prise et peut conduire à des thérapeutiques longues, fastidieuses et inefficaces.

LE PRATICIEN DEVANT LES MANIFESTATIONS
URINAIRES

Manifestations urinaires.

Dans le domaine des troubles urinaires en matière de Médecine Tropicale, les Bilharzioses urinaires actuellement mieux connus des praticiens généralistes prédominent.

Cependant certaines notions fondamentales font encore défaut. Ces lacunes entraînent des erreurs grossières qui peuvent être facilement évitées.

L'erreur première est paradoxalement de TROP PENSER à la Bilharziose devant toute hématurie ou simple trouble urinaire chez un malade d'origine africaine ou chez un européen ayant séjourné en région tropicale.

Dans ces cas, trop souvent, le médecin cesse toutes investigations après la découverte d'une hyperéosinophilie et la présence d'oeufs de *Schistosoma haematobium* dans les urines.

Beaucoup oublient de rechercher d'éventuelles associations cependant fréquentes : non seulement avec une tuberculose génito urinaire mais également avec une bilharziose intestinale ou une autre parasitose dont le diagnostic ne peut être fait que si l'on Y PENSE. Dans tous ces cas, on doit pratiquer un examen cyto-bactériologique des urines et un examen parasitologique des selles.

Même si l'examen des urines est suffisant pour mettre en évidence la bilharziose, un bilan urologique plus complet est souhaitable

(U.I.V., cystoscopie) pour mettre à jour d'éventuelles complications ou des lésions associées de l'arbre urinaire.

Ces précautions, si elles paraissent évidentes pour beaucoup, ne sont pas toujours prises et conduisent à des erreurs graves.

Une autre source d'erreurs est la méconnaissance des notions sommaires de répartition géographique des foyers d'endémie de la Bilharziose urinaire.

Il arrive encore assez souvent que le médecin fasse pratiquer une recherche d'oeufs de *Schistosoma haematobium* devant des troubles urologiques chez un malade antillais ou chez un sujet revenant d'Amérique Tropicale et n'ayant jamais séjourné dans d'autres pays tropicaux. Or, la Bilharziose urinaire ne s'observe jamais dans ces régions et la connaissance de ce fait, évite un examen inutile dans ce cas.

A l'inverse, beaucoup de bilharzioses urinaires ne sont pas diagnostiquées ou ne le sont que tardivement : des lésions graves étant déjà constituées.

Le praticien généraliste en France, est du fait de la rapidité des voyages aériens, de plus en plus souvent amené à voir des malades dont les symptômes révélateurs ne s'extériorisent qu'une fois de retour en France.

Dans ce cas, la symptomatologie peut être très trompeuse :

- état fébrile
- lombalgies, arthralgies
- céphalées
- troubles respiratoires.

Ces troubles peuvent rester inexpliqués car à cette phase primaire de la maladie, il est illusoire de s'attendre à retrouver des oeufs de *Schistosoma* dans les urines.

Seul, un Interrogatoire approfondi recherchant non seulement le séjour en zone d'endémie tropicale, mais encore et surtout la date exacte d'un bain dans telle ou telle rivière, l'éventuel prurit ou réaction urticarienne qui ont suivi ce bain. L'ensemble permet d'évoquer le diagnostic de Bilharziose qui sera confirmé par l'examen des urines pratiqué à bon escient quelques semaines plus tard lorsque les parasites arrivés à maturité commencent à pondre.

Par ailleurs le médecin peut se trouver devant un malade qui présente une symptomatologie urinaire sans hématurie macroscopique, à type de dysurie, pollakiurie : signes qui traduisent le plus souvent une surinfection.

Il faut dans ce cas savoir rechercher la bilharziose cachée derrière l'infection microbienne en apparence banale.

Il faut signaler enfin les erreurs diagnostiques liées à des défauts de technique ou d'interprétation :

- soit que l'examen parasitologique des urines ait été effectué trop précocement : fait déjà évoqué.
- soit que le médecin s'en tienne à un seul examen négatif.

Il faut en effet savoir : si le contexte géographique, clinique et hématologique : (hyperéosinophilie, V.S. accélérée, hyperleucocytose) s'y prête, faire rechercher les oeufs de *Schistosoma haematobium* par tous les moyens sans céder à la facilité :

Les manifestations respiratoires.

La multiplicité des parasitoses se révélant par une symptomatologie respiratoire impose au praticien généraliste une meilleure connaissance de ces affections : tropicales ou européennes pour certaines, en vue d'un diagnostic rapide et d'un traitement spécifique souvent salvateur.

Sans parler ici de l'échinococcose pulmonaire ni des rares manifestations pulmonaires de l'amibiase : affections qui à elles seules sont souvent sujettes à des erreurs, sans parler non plus des tuberculoses pulmonaires et des sarcoïdoses rencontrées si souvent chez les sujets récemment transplantés dans notre pays, quelques cas particuliers moins connus et cependant simples à diagnostiquer seront étudiés.

Observation n° I

Monsieur C..., âgé de 45 ans, d'origine indienne, ingénieur hydraulicien vient consulter le 12 mars 1969 pour une dyspnée asthmatiforme.

L'Interrogatoire apprend que Monsieur C... est arrivé en France 4 mois auparavant. Rien n'est à signaler dans ces antécédents.

Le 8 mars, à Lyon, ce malade présenta brutalement une dyspnée aiguë avec hyperthermie. Cet épisode est traité à Lyon par des cyclines

comme une bronchite virale.

Le malade, toujours dyspnéique rejoint Paris et l'hospitalisation est immédiatement conseillée afin de pratiquer un bilan complet.

Le 12 mars, les signes fonctionnels sont intenses :

- toux sèche, épuisante
 - douleurs retrosternales
 - dyspnée asthmatiforme sans tirage
 - expectoration muqueuse blanchâtre
- L'examen clinique retrouve ronchus et râles sibilants dans les deux champs pulmonaires sans signe en foyer.

- foie et rate sont normaux
- absence d'adénopathie
- examen cardiovasculaire normal
- T.A. 12 - 9 ; E.G.G. normal
- examen radiologique :
 - face : simple accentuation des hiles
 - profil droit : opacité triangulaire à base inférieure retro-sternale.

- N.F.S. du 13 mars
 - GR 5.560.000
 - GB 20.700
 - Polys Neutro 10 %
 - Eosinophiles 70 %
 - Basophiles 2 %
 - Lymphocytes 16 %
 - Monocytes 2 %

- V.S. accélérée
 - 45 mm 1h
 - 72 mm 2h
- crachats : absence de B.K., grande proportion d'éosinophiles.
- examen parasitologique des selles du 15 mars : négatif
- bilan hépatique du 16 mars : normal
- protides totaux : 77 g/l

- albumine : 50 %
- alpha 1 : 2 %
- alpha 2 : 9 %
- beta : 11 %
- gamma : 28 %

- épreuves fonctionnelles respiratoires du 17 mars : syndrome d'obstruction bronchique,

	Malade	Valeur théorique
C.V.	4.210	4.900
V.R.	3.065	2.300
C.T.	7.275	7.200
V.R. / C.T.	42 %	13 %
V.E.M.S.	2.300	3.650
VEMS /CV	54 %	74,5 %

- bronchoscopie du 18 mars : muqueuse épaissie de façon diffuse par un oedème du chorion. histologiquement : afflux cellulaire à grains éosinophiles.

Devant cette symptomatologie, l'origine de ce malade et les résultats paracliniques, le diagnostic de Poumon Tropical est porté, bien que toute recherche de filariose lymphatique reste négative.

Le traitement par la Notézine est entrepris le 19 mars de la façon suivante :

- 19 mars : un comprimé à 0,10g
- 20 mars : 2 comprimés
- 21 mars : 3 comprimés

du 22 mars au
14 avril : 4 comprimés /jour

Parallèlement, la courbe des éosinophiles est enregistrée et permet de juger de l'efficacité du traitement :

Dates	G.B.	% Eosinophiles
13 mars	20.700	70 %
21 mars	16.500	59 %
24 mars	14.300	56 %
27 mars	10.200	26 %
31 mars	9.400	17 %
9 avril	6.900	13 %
15 avril	6.800	10 %

Par ailleurs les troubles fonctionnels respiratoires disparaissent progressivement sous l'effet du traitement et la guérison est complète le 11 avril tant clinique que radiologique.

Le malade sort le 17 avril 1969.

Observation n° II

Madame P... 24 ans, antillaise originaire de Fort de France vient consulter le 4 septembre 1969.

La malade présente depuis huit jours une toux sèche, quinteuse, très épuisante et génératrice d'insomnie. Cette toux s'accompagne d'une dyspnée modérée sans fièvre. La malade est trai-

tée par des antitussifs, son médecin ayant conclu à une étiologie grippale.

L'interrogatoire apprend que cette patiente est revenue de la Martinique le 20 août après un séjour de deux mois dans sa famille.

Dans les antécédents, on apprend que Madame P... a présenté en 1965 une bilharziose intestinale traitée et guérie à l'époque.

A signaler que la malade n'a pris aucun bain de rivière à la Martinique depuis cette date.

L'examen clinique du 4 septembre :

- l'auscultation pulmonaire montre quelques râles bronchiques disséminés.
- examen cardio vasculaire normal
- abdomen souple sans hépato ni splénomégalie
- aires ganglionnaires libres.

Devant cette symptomatologie bronchique survenue au décours d'un voyage très récent aux Antilles, on demande

- N.F.S. et V.S.
- Radiographie pulmonaire,
- Recherche de B.K.
- Examen parasitologique des selles

La N.F.S. est peu modifiée :

G.R.	4.440.000
G.B.	9.300
Polys Neutro	53%
Eosinophiles	8 %
Lymphocytes	34%
Monocytes	5 %

La V.S. est légèrement accélérée :

15 mm 1 h
25 mm 2 h

La recherche de B.K. est négative à l'examen direct.

La radiographie pulmonaire montre une accentuation diffuse de la trame broncho-vasculaire sans lésion parenchymateuse évolutive.

48 heures plus tard, l'examen parasitologique des selles montre la présence d'oeufs de SYNGAMES, ce qui apporte la clé du diagnostic.

La malade est alors adressée à un confrère en vue de pratiquer une bronchoscopie.

Cette dernière est effectuée le 8 septembre et permet la visualisation d'un couple de syngames accroché à la paroi bronchique.

L'extirpation de ces parasites est faite.

Les symptômes fonctionnels de cette malade cessent dès le lendemain.

Un examen parasitologique des selles est pratiqué quinze jours plus tard et confirme la guérison clinique.

Cette observation ne veut pas dire que tout médecin généraliste doit penser à une syngamose, affection en fait assez rare, mais illustre ici encore la nécessité de se méfier d'une parasitose devant un malade ayant séjourné en milieu tropical.

Dans tous les cas, il faut demander un examen des selles qui permet bien souvent un diagnostic d'exception.

Dans cet exemple, l'examen de selles précise le diagnostic et conduit au seul traitement efficace : extirpation des parasites par voie endoscopique.

Le diagnostic doit être fait rapidement, la symptomatologie étant très épuisante pour la malade.

Ces deux observations, bien que non fréquentes montrent cependant tout l'intérêt que le médecin peut avoir à PENSER à l'étiologie parasitaire devant des manifestations pulmonaires.

Il convient aussi de citer le Syndrome de Löffler, beaucoup mieux connu en raison de sa fréquence plus grande.

Le Syndrome de Löffler répond à un infiltrat pulmonaire labile avec éosinophilie associée.

La symptomatologie clinique est souvent modérée :

- point de côté discret,
- toux sèche ramenant une expectoration souvent banale mais riche en cellules éosinophiles,
- état général bien conservé,
- état subfébrile.
- quelques râles bronchiques à l'auscultation.

Les signes radiologiques sont par contre plus importants :

- infiltrats parahilaires ou sous claviculaires à contours plus ou moins réguliers, multiples, arrondis ou triangulaires,
- infiltrats parfois associés à des images cavitaires, micro ou macronodulaires avec épanchements pleuraux réactionnels fréquents.

Ces images posent souvent un diagnostic différentiel difficile avec une tuberculose pulmonaire.

La particularité de ce syndrome vient de l'éosinophilie sanguine, concomittente qui peut atteindre 10 à 30 %, parfois davantage.

L'évolution en est surtout particulière : les opacités font l'objet de remaniements rapides et disparaissent totalement en une à deux semaines.

Dans beaucoup d'esprit, le Syndrome de Löffler reste synonyme d'Ascaridiose et nombre de praticiens ignorent que bien d'autres parasitoses peuvent en être la cause :

L'Ankylostomiase
l'Anguillulose,
la Trichinose,
la Bilharziose,

Ici encore, l'examen parasitologique des selles est souhaitable pour éviter des erreurs thérapeutiques.

Le Syndrome de Löffler répond à une migration larvaire lors d'une primo infestation parasitaire. L'examen des selles négatif à ce stade ne doit pas infirmer la parasitose.

Ce n'est souvent que quatre à huit semaines plus tard que les parasites parvenus à maturité commencent à pondre.

CONCLUSIONS

Les différents exemples que nous venons de citer parmi les nombreux cas de Médecine Tropicale observés en France montrent que la méconnaissance même élémentaire en ce domaine est seule responsable des erreurs ou des hésitations diagnostiques.

Il est donc fondamental que le praticien généraliste puisse acquérir des notions primordiales en Médecine Tropicale.

L'interrogatoire est d'une importance capitale qui fait découvrir un séjour ou un voyage sous les Tropiques, précise les régions parcourues, retrouve la date exacte et permet souvent de déterminer le jour même de l'infestation parasitaire.

L'hyperéosinophilie évoque d'emblée une parasitose mais combien de généralistes savent-ils que des parasitoses sont à éosinophilie normale tels l'Amibiase, le Paludisme, la Trypanosomiase ?

Une éosinophilie normale ne doit donc jamais laisser infirmer une affection parasitaire.

La connaissance de la répartition géographique des parasitoses est également d'un intérêt capital.

En effet combien il est précieux de savoir que :

- La Bilharziose urinaire à Schistosoma haematobium ne s'observe jamais aux Antilles ni en Amérique Tropicale ;
- La Trypanosomiase Africaine, bien connue sous le nom de "maladie du sommeil" s'observe uniquement dans une région d'Afrique située entre les 15^e parallèles Nord et Sud ;
- La Filariose Loa Loa à la différence de W. Bancrofti ne s'observe que dans une région bien délimitée en Afrique ;
- La Leishmaniose Cutanée a pour zone d'élection les régions désertiques sahariennes au pourtour des oasis.

Enfin, des connaissances sur quelques cycles parasitaires acquises par le praticien généraliste permettent de connaître la période de latence entre l'infestation et la traduction biologique et coprologique de la parasitose.

Elles évitent donc de commettre l'erreur classique de réfuter une parasitose devant un résultat coprologique négatif parce que trop précoce.

En cas d'enquête biologique négative, il faut savoir cependant abandonner l'étiologie tropicale trop souvent mise seule en cause et revoir les malades dans le cadre de la Médecine Générale dont ils relèvent peut-être uniquement malgré des séjours ou des voyages Outre-Mer.

Un enseignement simple, bref et précis appor-

tera au praticien un bagage, lui apprenant à demander les examens paracliniques adéquats : goutte épaisse, recherche de microfilaires ... tout en donnant une orientation bien précise au biologiste.

Cet enseignement lui donnera les notions thérapeutiques fondamentales dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

Ainsi, pourront être évités non seulement de préjudiciables erreurs diagnostiques mais encore la surconsommation d'examens biologiques onéreux et inutiles, l'abus pharmaceutique polyvalent en particulier dans le domaine de l'amibiase, la prescription de corticoïdes sans thérapeutique antibiotique et antiparasitaire devant un diagnostic hésitant.

La Parasitologie est une science fondamentale, qui ne doit pas être un enseignement purement zoologique mais doit être considérée comme une préparation indispensable à la Médecine Tropicale dont l'opportunité à notre époque n'est plus à démontrer.

Vu :

Le Président :

Signé : L. BRUMPT

Vu :

Le Doyen honoraire :

Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine :

Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Signé : R. MALLET

